

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - LIBERAÇÃO ON LINE

Pelo presente instrumento e de acordo com as disposições do *Contrato de Credenciamento Odontolife*, eu, Dr.(a) Erick Leal de Vasconcelos Souza, portador do CRO RJ 54119 me responsabilizo em atuar diretamente com o sistema de liberação on-line e declaro que estou ciente de que todos os exames, atos e tratamentos deverão ser submetidos à liberação online conforme instruções contidas no *Manual do Credenciado Odontolife*.

Afirmo estar ciente de que receberei as credenciais (login e senha) para acesso exclusivo ao site [www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br) após a assinatura deste termo e declaro que sou responsável pela segurança destas informações bem como pelas ações que realizar no sistema de liberações.

Como representante neste treinamento, eu, Amanda Machado de Souza declaro tê-lo recebido em 10/10/2023 para a correta utilização do sistema de liberação on-line, visto os conteúdos apresentados abaixo:

- Apresentação do site.
- Regras Técnicas.
- Como lançar guias.
- Status das guias e Validação de Token.
- Informações e preenchimento de Guias (campos 5, 7, 40, 42, 50, 51 e 52).
- Ato Complementar.
- Cobrança de atos Cobertos
- Negativa de Atendimento
- Aplicativo Odontolife.
- Produção e Faturamento (Cronograma e Entrega de Produção).

Ministrante: (X) Adrielly

| MINISTRANTE      | Muito Insatisfeito    | Insatisfeito          | Neutro                | Satisfeito            | Muito satisfeito                 |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| DIDÁTICA         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| SEQUÊNCIA LÓGICA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

  

| TREINAMENTO                | Muito Insatisfeito    | Insatisfeito          | Neutro                | Satisfeito            | Muito satisfeito                 |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| PERÍODO DE TREINAMENTO     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| MATERIAL DE APRESENTAÇÃO   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| FUNCIONALIDADES DO SISTEMA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 10 de Outubro de 2023.

Cidade/UF

Dia

Mês

Ano

Erick Leal de Vasconcelos Souza  
 Assinatura  
 Dr. Erick Leal  
 Cirurgião Dentista  
 CRO - RJ 54119

**20**  
 Augusto Ferreira  
 Consultor Responsável

[www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br)